

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย
และสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
PERCEIVED SELF-EFFICACY ON PSYCHICAL AND MENTAL HEALTH CARE
BEHAVIOR IN COMMUNITY VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS**

กฤตยา แสงทรัพย์* เอื้อญาติ ชูชื่น
Kittaya Swangsap*, Uayart Chuchuen

สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University.

*Corresponding author, e-mail: k.swangsap@gmail.com

Received: June 26, 2019; Revised: August 28, 2019; Accepted: September 2, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 68 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน ผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือชุดที่ 2 และ 3 พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .86 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 63.2

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .79, p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน และด้านความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .74, p < .05$ และ $r = .75, p < .05$ ตามลำดับ) และด้านของความสามารถที่จะถ่ายโอนประสบการณ์อื่นมาใช้ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .66, p < .05$)

ผลการวิจัยข้างต้นทำให้บุคลากรทางสุขภาพทราบถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนในแต่ละรายด้าน ดังนั้นจึงควรมีการ

ศึกษาการพัฒนา รูปแบบเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

Abstract

This descriptive correlation design aimed to study the relationships between self-efficacy of village health volunteers to physical and mental health care in community. The sample consisted of 86 village health volunteers who met inclusion criteria. Research instruments comprised of: 1) Personal Information Questionnaire, 2) Self-efficacy of village health volunteers to physical and mental health care in community Questionnaire and 3) Caring Behavior of village health volunteers to physical and mental health care in community Questionnaire. The reliability of the 2nd and 3rd instrument were reported by Cronbach's alpha as of .80 and .87. The data were analyzed by descriptive statistic and Pearson's product moment correlation.

The results of this research were as follows:

1. A study showed that almost of village health volunteers had moderate self-efficacy (63.2%).
2. Self-efficacy of village health volunteers was significantly positively related to physical and mental health care in community ($r = .79, p < .05$). For subgroups of Self-efficacy, perception, confidence of physical and mental health care in community were significantly positively related to physical and mental health care in community ($r = .74, p < .05$ and $r = .75, p < .05$) and ability to utilize experience was moderate significantly related to physical and mental health care in community ($r = .66, p < .05$)

The result of this research suggested that health care provider realize that the self-efficacy of village health volunteers. Therefore, this study should be further developed intervention for promote self-efficacy to caring in primary care.

Keywords: Self-Efficacy, Physical and Mental Health Care, Village Health Volunteers

บทนำ

สถานการณ์การดำเนินชีวิตของประชาชนในปัจจุบันพบการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ประชาชนมีแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ดังเห็นได้จากแนวโน้มการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น ไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสถิติการเพิ่มขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองต่อปีโดยเฉลี่ยเท่ากับ 303.59 ต่อประชากร 100,000 คน [1-2] เมื่อพิจารณาด้านสุขภาพจิตพบผู้ที่มีระดับคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในอัตราร้อยละ 12.3, 16.3 และ 16.4 ในปี พ.ศ. 2556-2558 ตามลำดับ [3] สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นได้ [1]

ปัจจุบันระบบการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตมีจุดเน้นให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ โดยเน้นบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างทีมบุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับ [1, 3] เน้นกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน หรือระบบบริการสุขภาพภาคประชาชนมากขึ้น กล่าวคือ จะเน้นที่การส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพประชาชน และมุ่งหมายให้ภาคประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนได้อย่างยั่งยืน ซึ่งหากประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองอย่างเหมาะสมจะมีส่วนช่วยในการลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อและการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ [4-5]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีส่วนช่วยในการ

ดูแลสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (Change Agent) สนับสนุนให้ประชาชนในหมู่บ้าน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในทุกด้าน ผ่านการเผยแพร่ความรู้ การวางแผน การส่งเสริม ป้องกัน และรักษาพยาบาลขั้นต้น [6-8]

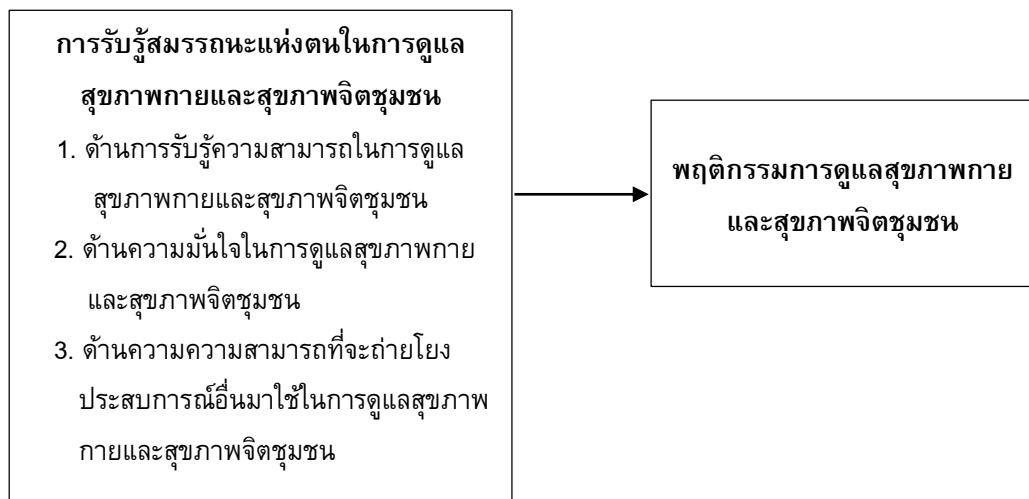
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติภารกิจนั้น ให้ประสบความสำเร็จ และพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [9-17] หลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่ที่พบมีการบูรณาการแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา [18] มาใช้ ซึ่งแนวคิดหลักกล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยอาศัยการเรียนรู้ ซึ่งการเรียนรู้ที่เหมาะสมจะนำไปสู่ความมั่นใจในการปฏิบัติ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง [18] แต่การศึกษาเหล่านั้นเน้นสมรรถนะการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายเป็นหลัก แต่ข้อมูลรายด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลทางด้านสุขภาพจิตยังมีการศึกษาอย่างจำกัด จึงทำให้การดูแลสุขภาพชุมชนยังไม่ครอบคลุมแบบองค์รวมเท่าที่ควร

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายกที่มีต่อการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติหน้าที่ในจังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปฏิบัติหน้าที่ในเขตรับผิดชอบของตำบลศรีกะอาง อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก คุณสมบัติเป็น อสม. มาไม่น้อยกว่า 1 ปี ไม่จำกัดเพศและอายุ มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike [19] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน จากนั้นมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เอกสารรับรองเลขที่ NPHO 2018-006 อีกทั้งมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับจะมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยข้อคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาของอังคณา หมอนทอง [20] ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา [18] ครอบคลุม 3 รายการ ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน 2) ด้านความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน 3) ด้านความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นมาใช้ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 18 ข้อ รายการละ 6 ข้อ การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) คะแนน 1-30 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนน 31-60 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 61-90 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ 1) คะแนน 1-8 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตในระดับต่ำ 2) คะแนน 9-16

หมายถึง มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตในระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 17-24 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน โดยพบค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .87 และ .82 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีการนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 และ .80 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งทำหนังสือเสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก เพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยได้เข้าพบหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย

2. คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม-ธันวาคม 2561 โดยเริ่มจากการเข้าพบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที กรณีที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามเองได้ คณะผู้วิจัยจะเป็นผู้ชี้ถามด้วยตัวเอง

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เพื่อสรุปข้อมูลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

จากการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 68 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.9) มีช่วงอายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 76.5) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 64.7) การศึกษิต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 49.9) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 21) ปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 27.9) และส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 60.3) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพสมรส (N = 68)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	19.1
หญิง	55	80.9
อายุ		
21-40 ปี	5	7.4
41-60 ปี	52	76.5
≥ 61 ปี	11	16.2
สถานภาพสมรส		
โสด	16	23.5
คู่	44	64.7
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	8	11.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	7.4
ต่ำกว่าปริญญาตรี	38	49.9
ปริญญาตรี	29	42.6
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	21	30.9
รับจ้าง/ค้าขาย	19	28
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	27.9
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	13.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม.		
1-3 ปี	18	26.5
4-6 ปี	16	23.5
7-9 ปี	15	22.1
≥ 10 ปี	19	27.9
รายได้ต่อเดือน		
≤ 10,000 บาท	16	23.5
10,001-20,000 บาท	41	60.3
20,001-30,000 บาท	11	16.2

2. ระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 เมื่อพิจารณาตามรายด้าน ได้แก่
 1) ด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน
 2) ด้านความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน
 3) ด้านความสามารถที่จะถ่ายทอดประสบการณ์อื่นมาใช้ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน พบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนเป็น 19.70, 17.10 และ 13.9 ตามลำดับรายละเอียดดังตารางที่ 2

2.2 เมื่อพิจารณาตามระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน ระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.2 รองลงมาคือมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 19.1 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน จำแนกตามรายด้าน (N = 68 คน)

รายด้านของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	\bar{X}	S.D.
การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ	19.79	3.86
ความมั่นใจในความสามารถของการดูแลสุขภาพ	17.10	5.11
ความสามารถที่จะถ่ายทอดประสบการณ์อื่นมาใช้ในการดูแลสุขภาพ	13.9	4.2

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ	12	17.6
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง	43	63.2
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง	13	19.1

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 69.1) รองลงมา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิตชุมชนระดับสูง (ร้อยละ 26.5) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพฯ ระดับต่ำ	3	4.4
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพฯ ระดับปานกลาง	47	69.1
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพฯ ระดับสูง	18	26.5

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .79, p < .05$) และเมื่อพิจารณาตามรายด้านพบการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .74, p < .05$ และ $r = .75, p < .05$ ตามลำดับ) และรายด้านของความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นมาใช้ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .66, p < .05$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (N = 68 คน)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยรวมในการดูแลสุขภาพฯ	.79*
การรับรู้ความสามารถของการดูแลสุขภาพฯ	.74*
ความมั่นใจในความสามารถของการดูแลสุขภาพฯ	.75*
ความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นมาใช้ในการดูแลสุขภาพฯ	.66*

* $p < .05$

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน และระดับคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนในระดับปานกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิรันท์ เจริญบัณฑิตย์ [12] ที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับที่สูง เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้มีการศึกษาการดูแลประชาชนในชุมชนทั้งในแง่มุมของการดูแลสุขภาพร่างกาย และการดูแลด้านสุขภาพจิต ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่เป็นเพียงการศึกษาที่มุ่งเน้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชินินทร์ งามแสง [22] ที่ว่ารายด้านที่สมาชิกในครอบครัวได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพน้อยที่สุดคือการดูแลสุขภาพด้านด้านจิตใจของประชาชนซึ่งเหล่านี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงสมรรถนะในการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัด

2. ความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน

2.1 พิจารณาภาพรวมของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความสอดคล้องกับการศึกษาหลายเรื่องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Innets และคณะ [10] ชินันท์ เจริญบัณฑิตย์ [12] Kima และคณะ [21] และการศึกษาของGiannitrapani และคณะ [17] ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพจะมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลในเรื่องนั้น ๆ ซึ่งเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้ถึงสมรรถนะการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนอยู่ในระดับปานกลางและสูง จะส่งผลทำให้มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนได้ในระดับปานกลางและสูงด้วยเช่นกัน

2.2 พิจารณาตามรายด้านของแบนดูรา [18] ผลการวิจัยพบว่า

รายด้านที่ 1 การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายด้านที่ 2 ความมั่นใจในการดูแลสุขภาพสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายด้านที่ 3 ระดับของความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นมาใช้ในการดูแลสุขภาพสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในรายด้านที่ 1 และ 2 สอดคล้องกับ แนวความคิดของแบนดูรา [18] ที่อธิบายว่า การที่บุคคลประเมินตนเอง และรับรู้ว่าสิ่งที่ตนเอง เผชิญอยู่เป็นสิ่งที่ง่ายต่อการจัดการ จะส่งผลให้มีความเชื่อมั่นในการจัดการการดูแลที่เป็นระบบ มีความเชื่อมโยงกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของบุคคล หากมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงขึ้นตามไป ด้วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของจิตติมา อินทร์เนตร และคณะ [7] ณฐา เชียงปิว และคณะ [9] ที่สนับสนุนให้เห็นว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่สำคัญที่แฝงอยู่ในรูปแบบการดูแลสุขภาพ ของกลุ่มต่าง ๆ คือ การรับรู้สมรรถนะ และความเชื่อมั่นของตนเอง

ผลการวิจัยในรายด้านที่ 3 พบว่า ระดับ ของความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นมา ใช้ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต ชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต

เอกสารอ้างอิง

- [1] ภูษิต ประคองสาย. (2559). *การสาธารณสุขไทย 2554-2558*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- [2] Cudjoe, T. M., Roth, D. L., Szanton, S. L., Wolff, J.L., Boyd, C.M., and Thorpe, R. J. (2018, March). The Epidemiology of Social Isolation: National Health and Aging Trends Study. *Journals of Gerontology: Social Sciences*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- [3] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558*. สืบค้นจาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/mental-health>
- [4] ประยุทธ์ แสงสุรินทร์, อัญธิกา ชัชวาลยางกูร, ชยานันต์ ประมวลเจริญกิจ, และณัฐวดี ศรีสง. (2554). *คู่มือ อสม. ยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- [5] กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด. (2562). *แผนพัฒนาจังหวัดนครนายก พ.ศ. 2561-2564 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2562)*. สืบค้นจาก <http://www.nakhonnayok.go.th>
- [6] สุพัตรา ศรีวัฒนชากร. (2551). *การพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: นโมพริ้นติ้ง.
- [7] จิตติมา อินทร์เนตร, อาภาพร เผ่าวัฒนา, และปานัน พิษยภิญโญ. (2554). การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 41(1), 5-16.

สามารถอธิบายได้ว่า การที่บุคคลจะเกิดความคิด เชื่อมโยง นำประสบการณ์ในอดีตมาบูรณาการ การแก้ไขปัญหาได้นั้น จะต้องมีการเรียนรู้ ผักผ่อน อย่างสม่ำเสมอ เมื่อเกิดเป็นทักษะที่ชัดเจนบุคคล นั้นถึงจะดึงประสบการณ์มาใช้ในการแก้ไขปัญหา ได้อย่างมั่นใจ [23] ซึ่งการศึกษาของชนินทร์ งามแสง [22] ที่ระบุว่า รายด้านที่สมาชิก ในครอบครัวได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากร สุขภาพน้อยที่สุดคือ การดูแลสุขภาพด้าน จิตใจของประชาชน ซึ่งเป็นเหตุผลสนับสนุน ให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการ ดูแลสุขภาพจิตชุมชนอยู่อย่างจำกัด ซึ่งการนำ องค์ความรู้ ประสบการณ์ต่าง ๆ มาใช้ในการดูแล สุขภาพจิตชุมชนได้จำกัดเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยเสนอแนะให้ มีการศึกษาตัวแปรเฉพาะเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพจิตชุมชน และพัฒนารูปแบบการเสริมสร้าง สมรรถนะการดูแลสุขภาพชุมชนให้ครอบคลุม การดูแลแบบองค์รวมมากขึ้น

- [8] ประยุทธ์ แสงสุรินทร์, และคณะ. (2554). *คู่มือ อสม.ยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: ชุมชนกรรมการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- [9] อนุชา เขียงบัว, วราภรณ์ บุญแข็ง, และศิวพร อึ้งวัฒนา. (2561, มกราคม-มีนาคม). ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *พยาบาลสาร*. 45(1), 87-99.
- [10] Innets, T., Powwattana, A., and Pichayapinyo, P. (2011). Self-efficacy enhancement with participatory learning of health volunteer for promoting the health behavior of the elderly with hypertension. *Journal of Public Health*. 41(1), 5-16.
- [11] Aljaseem, A.I., Peyrot, M., Wissow, L., and Rubin, R.R., (2001). The Impact of Barriers and Self-Efficacy on Self-Care Behaviors in Type 2 Diabetes. *The diabetes educator*. 27(3), 393-404.
- [12] นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- [13] ประภาส อนันดา, และจรัญญู ทองเอนก. (2556). ผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2555. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น*. 20(1), 1-8.
- [14] สม นาสอำนาจ, และวิมลรัตน์ ภูผาสุข. (2553). ประสิทธิผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 3(1), 45-61.
- [15] Schwarzer, R., Antoniuk, A., and Gholami, M., (2015, February). A brief intervention changing oral self-care, self-efficacy, and self-monitoring. *The British Psychological Society*. 20(1), 56-67.
- [16] Rice, E. (2015, July-August). Predictors of Successful Clinical Performance in Associate Degree Nursing Students. *Nurse Educator*. 40(4), 207-211.
- [17] Giannitrapani, K.F., Soban, L., Hamilton, A. B., Rodriguez, H., Huynh, A., Stockdale, S., Yano, E. M., and Rubenstein, L. V., (2016, December). Role expansion on interprofessional primary care teams: Barriers of role self-efficacy among clinical associates. *Health care*. 4(4), 321-326.
- [18] Bandura, A. (1977). *Self-efficacy : Toward a unifying the try of behavioral change*. New York.
- [19] Thorndike, R. M. (1978). *Correlation Procedures for Research*. New York: Gardner Press Inc.
- [20] อังคณา หมอนทอง. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. ปริญญาโทมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- [21] Kima, K., Xueb, Q. L., Mossc, B. w., Noland, M. T., and Hana, H. R. (2018). Decisional balance and self-efficacy mediate the association among provider advice, health literacy and cervical cancer screening. *European Journal of Oncology Nursing*. 32, 55-62.
- [22] ชนินทร์ งามแสง, ชัยรัช จันท์สมุด, และลำพูน เสนาวัง. (2559). การจัดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลไค้โน้น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 8(3), 59-66.
- [23] ทิศนา แคมมณี. (2553). *ศาสตร์การสอน องค์กรความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.